

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-499806

*wurrier*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>11471</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ABERRAR Mustapha</b>			
Date de naissance : <b>N° 191 Lot MABROUKA Sidi MAAROUF.</b>			
Adresse : <b>13/12/74</b>			
Tél. : <b>06 66 35 8897</b> Total des frais engagés : <b>157,50 Dhs.</b> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="text-align: center;">    <b>Dr. CHRAIBI Nasser</b>          Médecin Général Echographie          Sidi Maârouf Hôpital 1100          Résidence Al Abdellah Blok C1       </div>			
Date de consultation : <b>31/12/2019</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Aserar Ahmed Loukmane</b> Age : <b>12 ans</b>			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>affec ORL</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

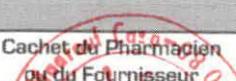
Fait à : **Casablanca**

Le : **31/12/19**

Signature de l'adhérent(e) :

 VOLET D'ADHÉRENT Déclaration de maladie N° <b>W19-499806</b>	
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
ACCUEIL	
Matricule : <b>11471</b> Nom de l'adhérent(e) : <b>ABERRAR</b> Total des frais engagés : <b>157,50 Dhs.</b> Date de dépôt : <b>02/01/20</b>	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/10/2019	(A)	Rédu		INP : 081 dossier Signature
				CHAMBERLAIN MEDICAL STAGA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/21/19	137,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES													
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.													
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.													
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
				INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>									
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>											
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>											
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>											
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>											

Docteur Närjisse Chraïbi

Médecine Générale

Diplôme Universitaire d'Echographie Générale  
Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتورة نرجس الشرابي

الطب العام

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

9/12/2019

En / Asrar Ahmed Louhmane

1 Aglyc 500 sachet  
27.20 10x25



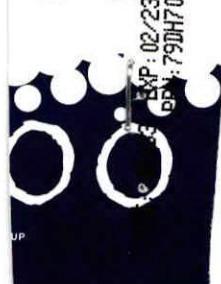
2 Poligame 500 (x2)  
02 x 15.30 14x36



3 Izi Hrx  
79.70 146



T = 137.50



Sidi Maârouf, Route 1100  
Résidence "El Adarissa"  
Bloc G1, Imm. A, Appt 1  
Casablanca



05 22 97 46 47  
05 22 58 15 62

سيدي معروف، طريق 1100  
إقامة الأدارسة، بلوك G1  
عمارة ، شقة رقم 1  
دار البيضاء